

LEILA SOARES SEIFFERT

**CONSTRUÇÃO DE INDICADORES NUM MODELO DE GESTÃO
BASEADO EM UNIDADES FUNCIONAIS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Monografia apresentada ao curso MBA em
Gestão e Estratégia Empresarial do
Departamento de Administração Geral e
Aplicada da UFPR, como requisito para
obtenção do título de especialista,
orientado pelo professor Sérgio Bulgacov.

Curitiba

2003

AGRADECIMENTO

Aos membros do Grupo de
Implantação Local (GIL), meus
sinceros agradecimentos pelo
grande apoio no suporte teórico
deste trabalho.

SUMÁRIO

I – Introdução -----	5
1.1 Situando o objeto do trabalho-----	6
1.2 O novo modelo de gestão-----	7
1.3 Justificativa-----	12
1.4 Objetivos-----	13
1.5 Metodologia-----	14
II – Comparando a literatura-----	23
2.1 Indicadores-----	23
2.2 Benchmarking-----	25
III - Análise da trajetória traçada-----	28
IV - Recomendações para melhoria do processo-----	33
V – Conclusão-----	35
VI - Referências Bibliográficas-----	36

I - INTRODUÇÃO

O hospital, além de ser uma instituição complexa, é também completa, como pode ser depreendido pela definição do Ministério da Saúde, onde o hospital é parte integrante de uma organização social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (Maia, 2000)

Na visão de LIMA e LIMA (1998), no hospital, as atividades industriais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos utilizados diretamente em humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados. A tecnologia utilizada nos hospitais encontra-se num movimento contínuo de inovação, exigindo uma permanente preocupação dos responsáveis pelos serviços, na busca da competitividade, objetivando a superação dos padrões assistenciais vigentes.

O contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar se situam, caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir uma decisão rápida e competente em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição. MAIA, 2000.

Atualmente, os hospitais convivem com graves questões gerenciais, determinadas pela conjuntura do mecanismo de financiamento do setor saúde vigente no país.

Questões como ausência de autonomia, necessidade de readequações administrativas e/ou assistenciais, mecanismos de avaliação de custo/benefício e eficiência, bem como avaliação da qualidade dos serviços prestados tornam-se cruciais para a sobrevivência institucional. Para tais instituições, mais que uma simples liberalização da legislação vigente, requer-se uma mudança completa do estilo gerencial, que possa conferir maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos serviços.

Nos últimos anos tem havido uma demanda crescente para a integração do hospital universitário ao Sistema Único de Saúde – SUS. O artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde 8080/1990 normatiza que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

integram-se ao SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Há, também, a necessidade de adequar-se ao estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2002, cujo objetivo é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. Norma esta que representa um avanço no processo de construção do SUS e da democratização da saúde no país.

O hospital universitário deve articular-se a este sistema definindo seu lugar no processo de regionalização e hierarquização da rede pública nacional, garantindo seus compromissos com o ensino, a pesquisa e a extensão.

Neste contexto, torna-se necessário situar o hospital alvo deste trabalho, tanto no cenário do setor saúde, quanto no cenário das mudanças de gestão necessárias para alavancar sua autonomia administrativa e financeira.

1.1 - Situando o objeto do trabalho

As obras do Hospital de Clínicas da UFPR, iniciaram-se em 1949, e após oito anos de construção, começou a funcionar em junho de 1961, sendo oficialmente inaugurado em 05 de agosto de 1961, pelo presidente Jânio Quadros. Iniciou com 366 leitos, e realizou naquele ano 8.630 atendimentos, 1.423 internações com 397 cirurgias, como fruto do trabalho de 1.028 funcionários contratados pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC.

O Hospital é uma cidade com 49.787 metros quadrados de área construída, por onde circulam 11.000 pessoas diariamente. Em dezembro de 2002, possuía 3.448 funcionários, sendo 1384 celetistas contratados através da FUNPAR, 1.956 estatutários contratados através da União e 78 terceirizados. Contava com 635 leitos, 271 consultórios, 467 ambulatorios.

Realizou, em 2002, uma média de 744.096 atendimentos, 19.723 internações, 10.377 cirurgias e 1796 partos, sendo o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná, sendo também o SUS sua única fonte de recursos para custeio.

O Hospital de Clínicas é um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná e um dos 45 hospitais universitários federais de ensino do país. É o maior hospital do

estado e um dos seis maiores hospitais gerais universitários do Brasil. (Assessoria de Marketing HC, 2003).

Para maior compreensão da proposta de mudança institucional, contextualizaremos a seguir, o modelo de gestão fundamentado em Unidades Funcionais.

1.2 - O novo modelo de gestão

O modelo administrativo em vigor no Hospital de Clínicas da UFPR permite o estabelecimento de algumas condições desfavoráveis ao sucesso, dentre as quais se destacam: centralização do nível decisório; baixa participação dos níveis gerencial e operacional na definição dos processos de trabalho e de decisão, baixa prioridade dada ao planejamento; baixo grau de motivação da equipe técnica; baixo grau de comprometimento com a gestão eficiente e eficaz dos recursos, com ênfase no nível operacional; acentuada fragmentação entre as unidades/serviços/seções/ equipes; baixo grau de comunicação interna; cultura de transferência de responsabilidades; s, ausência de compartilhamento de responsabilidades e ausência de controle e avaliação dos resultados.

Neste sentido, o HC/UFPR iniciou o desenvolvimento de um projeto de reestruturação organizacional e gerencial que objetiva a descentralização das decisões a partir da elaboração de metas e compromissos pactuados com a direção do hospital.

Esta nova estrutura transforma a organização do Hospital em todos os seus aspectos, com destaque para a co-responsabilização, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor.

O novo modelo propõe a constituição de unidades funcionais que se caracterizam pela existência de equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes ou com grande relação entre si, gestão descentralizada com desenvolvimento de planejamento estratégico situacional no nível da Unidade Funcional, em consonância com o Planejamento Estratégico Situacional do Hospital; maior distribuição de responsabilidade; maior participação e comprometimento do nível operacional; decisões pactuadas pelos colegiados internos; definição de objetivos e metas geridos pelo Contrato de Gestão com a direção. Neste sentido, as unidades funcionais pretendem constituir-se como uma forma de gerenciar tanto o cotidiano como o projeto institucional, a partir de um planejamento

participativo que apresente coerência entre os planos de trabalho das diversas unidades funcionais.

Na composição de uma Unidade Funcional significa definir-se claramente o espaço físico, os recursos materiais e o quadro de pessoal alocado para produzir determinados produtos ou serviços, bem como seu custo operacional e sua produção de bens/serviços.

Este projeto de gestão através da implantação de Unidades Funcionais, tem como objetivo geral, implantar e implementar um modelo de gestão descentralizado através da criação e organização de Unidades Funcionais. E como objetivos específicos, ampliar a autonomia gerencial no Hospital de Clínicas, descentralizar o planejamento e gestão dos recursos existentes, implantar processo gerencial baseado nos resultados e na racionalização dos recursos; descentralizar decisões e responsabilidades visando o cumprimento da missão do hospital; implantar dispositivos organizacionais que reduzam a fragmentação das práticas profissionais; criar a lógica do compromisso com a qualidade do atendimento aos usuários internos e externos; desenvolver e implementar uma política de RH centrada na ética da responsabilidade; e também possibilitar a difusão, consolidação e a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica.

A metodologia de trabalho definida foi:

- ♦ Divulgação do projeto para a comunidade interna e externa, através da elaboração de projeto de marketing para divulgação da proposta que contemple entre outras ações:
 - Realização de reuniões com os diretores, conselhos, serviços, departamentos de ensino e demais formadores de opinião dentro da instituição;
 - Divulgação interna por meio dos canais de comunicação existentes.
- ♦ Realização de programa de capacitação gerencial, considerando-se que um dos requisitos fundamentais para a viabilização desta modalidade de gestão é a capacitação dos profissionais para o exercício das novas funções gerenciais.

Esta capacitação deverá aliar conteúdo dos cursos tradicionais da administração hospitalar com uma perspectiva metodológica que impulse o processo de mudança em tela. Do ponto de vista didático-pedagógico, pretende-se trabalhar com a metodologia de integração ensino-serviço, em que aos conteúdos teóricos associam-se períodos de prática.

As atividades do Programa compreenderão três eixos pedagógicos. O primeiro, eixo teórico-conceitual, englobará palestras, conferências, aulas expositivas com professores do

Departamento de Administração Geral e Aplicada/DAGA e técnicos do HC, debates, leituras de texto de apoio, biblioteca temática, fórum etc. entre outras atividades.

O segundo, eixo aulas teórico-prática em campo, compreenderá um conjunto de ações dos professores do DAGA, na práxis das Unidades Funcionais, visando apoiar e instrumentalizar os gerentes no decorrer do processo de implantação do novo modelo de gestão.

O terceiro, eixo consultoria externa da UFMG, focará a capacitação gerencial teórico-prática voltada ao cotidiano do processo de implantação das unidades funcionais.

A implantação destas unidades funcionais ocorrerá em duas etapas. No primeiro momento, serão implantadas as unidades funcionais administrativas que serão agrupadas considerando serviços/seções/atividades afins.

No segundo, as unidades funcionais assistenciais concebidas a partir de três macro coordenações provisórias: Coordenação de Atendimento Externo, Coordenação de Unidades de Internação e Coordenação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Estas unidades serão resultantes do agrupamento de serviços/seções/atividades/especialidades afins, e serão construídas coletivamente, baseadas na lógica do cuidado integral, de forma que a atenção integral de um paciente no hospital seja o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precise de cuidados hospitalares.

Tal abordagem implica em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada, combinando assim, tecnologia e humanização, e tornando as necessidades singulares do paciente o ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, assim, a linha do cuidado, de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde. Sendo o hospital um componente fundamental desta integralidade, pode, então, ser pensado de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita no sistema de saúde disponível

Através das unidades funcionais assistenciais, pretende-se transformar a lógica da produção do cuidado no eixo do processo de gerenciamento da assistência, de forma que a responsabilização por este cuidado se dê em uma linha que atravessa, sem descontinuidade, vários serviços do hospital.

Na área pública das políticas sociais, é fundamental a adesão e envolvimento do conjunto dos profissionais para o sucesso de qualquer projeto que se apresente, sendo estratégia fundamental a criação de espaços coletivos, onde possam ser negociados e pactuados compromissos, de forma que todos se responsabilizem pela melhoria do desempenho dos serviços.

O colegiado interno de cada Unidade Funcional será constituído por membros que contribuirão para a sua gestão da Unidade Funcional, com os objetivos de promover a participação e a democratização, contemplando as representações ou serviços que participam efetivamente dos diversos processos produtivos.

O colegiado gestor das Unidades Funcionais (Conselho Gerencial) será constituído pelos diretores e gerentes com o objetivo de coordenar e acompanhar o funcionamento das Unidades Funcionais, compatibilizando-as com as metas e objetivos gerais do hospital. Será também o espaço da pactuação entre as diversas unidades funcionais, visando o cumprimento da missão da instituição do ponto de vista assistencial, de ensino e pesquisa.

O diagnóstico situacional engloba a definição da missão e objetivos da Unidade Funcional, o levantamento de dados que caracterizam sua infra estrutura, tais como: atividades, produção, equipamentos e capacidade física, recursos humanos, normas e procedimentos existentes e levantamento de problemas que dificultam o seu funcionamento, bem como a identificação dos seus fornecedores e clientes internos.

Objetivando subsidiar o gerente no planejamento e tomada de decisão, torna-se necessário o conhecimento atualizado sobre os recursos disponíveis e a realidade de cada Unidade Funcional.

O planejamento estratégico situacional da unidade funcional será dividido em 4 momentos:

- a) Momento explicativo: conhecimento da situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas através da metodologia de árvore explicativa;

- b) Momento normativo: formulação de soluções para enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo, que podemos entender como o momento de elaboração de propostas de solução;
- c) Momento estratégico: análise, construção e viabilização para as propostas de soluções elaboradas, formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.
- d) Momento tático operacional: execução do plano, com definição e implementação do modelo de gestão e dos instrumentos para acompanhamento e avaliação.

De posse do seu plano de trabalho, cada unidade negociará e estabelecerá com a direção do hospital um contrato de gestão, no qual se comprometerá a produzir e desenvolver programas e atividades específicas visando o aprimoramento do desempenho da unidade, tendo como contrapartida o apoio e infraestrutura básicos necessários ao desenvolvimento de seu plano.

Objetiva-se com esta proposta fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado, satisfação dos trabalhadores com o seu fazer e o cumprimento de metas institucionais pactuadas publicamente, além da melhor assistência, oferecendo condições adequadas para o ensino e a pesquisa de excelência.

Para estabelecer uma ponte entre as consultoras da UFMG e o Hospital de Clínicas, foi criado um Grupo de Implantação Local (GIL), o qual iniciou em agosto de 2002 com o objetivo de coordenar a implantação do Projeto das Unidades Funcionais de forma processual e gradual, considerando o interesse dos serviços na adesão da proposta. Ele é um grupo multidisciplinar, constituído de professores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, psicólogos entre outros, que atuam no hospital e assessora a construção coletiva do novo modelo de gestão, partindo do entendimento de que o sucesso desta proposta de mudança institucional depende fundamentalmente do envolvimento e adesão do conjunto dos profissionais que trabalham em nosso hospital, seja na área assistencial, administrativa, no ensino ou na pesquisa.

São atribuições do GIL:

- 1) Divulgação do projeto para a comunidade interna e externa, por meio de reuniões de sensibilização e da utilização de canais de comunicação institucionais.

- 2) Coordenação do Programa de Capacitação Gerencial realizado em parceria com o Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais e Aplicadas da UFPR.
- 3) Implantação das Unidades Funcionais propriamente ditas, atuando como consultor interno do gerente e do colegiado interno no processo de elaboração do diagnóstico situacional, do planejamento estratégico e do Contrato de Gestão da Unidade Funcional com a Direção do hospital. Atualmente estão em processo de implantação 9 UF, sendo 3 assistenciais e 6 administrativas.
- 4) Implantação e participação no colegiado gestor e no colegiado interno de cada Unidade Funcional.

1.3 Justificativa deste trabalho

Neste novo modelo administrativo iniciado pelo Hospital de Clínicas, caberá às unidades funcionais implantadas, elaborar seu plano de ação para enfrentar os problemas priorizados coletivamente através de seus colegiados internos. Neste mesmo fórum, serão elaboradas as metas e indicadores, pelos quais a unidade funcional se comprometerá a cumprir no seu contrato de gestão com a direção do hospital, e que servirão de critério para avaliação semestral do desempenho das mesmas.

Entende-se que os indicadores são ferramentas essenciais para mensurar o progresso das Unidades Funcionais, por serem medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas. Estas medidas são essenciais para o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas.

Minotto, 2002, citando Gauthier, 1976, refere que a análise do desempenho hospitalar é uma prática de vital importância, porém não pode ser tratada unicamente como um conjunto de técnicas ou receitas estatísticas, pesquisa operacional ou modelos matemáticos. Deve sim, “procurar dar nova dimensão à forma de dirigir este tipo particular de empresa que é o hospital, conferindo à sua administração um caráter menos intuitivo e racional”.

Minotto cita ainda que Zanon, 2000, introduz uma discussão complementar para o uso de indicadores como instrumento de avaliação, especialmente no que se refere à qualidade da assistência médico-hospitalar, propondo os seguintes indicadores: existência ou falta de informação médica no prontuário do paciente, tempo médio de permanência, mortalidade institucional, queixas sem diagnóstico, complicações infecciosas hospitalares, complicações não infecciosas hospitalares e consumo de antibióticos.

O Ministério da Saúde tem elaborado e publicado instrumentos de avaliação para os hospitais vinculados ao SUS, com o propósito de promover a classificação de hospitais, acreditamentos ou somente para fornecer subsídios às administrações para identificar pontos de ajustes técnicos, administrativos e operacionais necessários ao bom desempenho dos estabelecimentos de saúde.

1.4 - Objetivos

Objetivo Geral: Pretende-se neste trabalho, relatar e analisar a construção de indicadores quantitativos e qualitativos, para acompanhamento e avaliação do desempenho da Unidade Funcional implantada, por parte da gerência e diretoria do Hospital de Clínicas da UFPR.

Objetivos Específicos:

Participar das reuniões de planejamento destinadas a selecionar ou construir indicadores;

Acompanhar todas as atividades realizadas com os gerentes e o GIL relacionadas a indicadores;

Registrar os momentos mais importantes do processo;

Analisar o processo e o resultado obtido;

Contribuir para a melhoria do processo através de recomendações ou sugestões.

1.5 - Metodologia:

O método adotado foi o estudo de caso, com acompanhamento das etapas de construção dos indicadores junto aos gerentes.

Segundo MATTAR, 1997, esta metodologia caracteriza-se por ser um estudo profundo, mas não amplo, através do qual se procura conhecer profundamente apenas um ou poucos elementos da população, sobre um grande número de aspectos e suas inter-relações. A análise de algumas unidades de determinado universo possibilita a compreensão da generalização dos mesmos.

A seguir será descrita a metodologia adotada pelo Hospital de Clínicas da UFPR, para escolha ou elaboração de seus indicadores.

O Grupo de Implantação Local (GIL) responsável pela implantação do novo modelo de gestão no hospital, planejou 3 fases para que os gerentes elaborassem seus indicadores:

1.5.1 - Fase 1: Capacitação gerencial teórico-prática

Realização de curso de capacitação gerencial com duração de 12 hs, por acreditar-se que haveria necessidade de instrumentalizar os gerentes com embasamento teórico e prático, distribuindo-se os conteúdos da seguinte forma:

- ♦ destinação de 4 hs ao tema Indicadores, com participação de um professor do Departamento de Administração Geral e Aplicada da UFPR.
- ♦ Programação de 2 hs para apresentação de conceitos, fórmulas de cálculo, aplicação e análise dos principais indicadores do hospital, ministrados pela equipe do Serviço de Planejamento do Hospital de Clínicas.
- ♦ Nas outras 6 horas, realização de exercícios em grupo para construção de indicadores do hospital em geral, e exercícios de construção de indicadores especificamente para as Unidades Funcionais.

Na primeiras 4 horas, foi abordada a necessidade pela organização, de possuir indicadores mínimos que garantam a eficácia na administração, os quais devem ser construídos coletivamente, já que é impossível um único indivíduo definir os indicadores e rumos de uma instituição.

Esta construção é um processo que deve ser contínuo e dinâmico, pois a organização muda, aprende, e os indicadores devem acompanhar esta evolução. A ausência de indicadores torna a administração intuitiva e não profissional.

Sendo a estrutura organizacional consequência da estratégia, é preciso ter a noção de processo bem delineado através da ferramenta fluxograma, para então desencadear a construção dos indicadores. O fluxograma permite conhecer, aprender e visualizar a atividade. Este pensamento é compartilhado por CAMPOS, 1992, que afirma ser o estabelecimento de fluxogramas fundamental para a padronização e por conseguinte para o entendimento do processo. Eles devem ser estabelecidos para todas as áreas da empresa (administrativa, produção e manutenção) pelas próprias pessoas que ali trabalham, de forma a ser participativa.

A soma dos indicadores de cada etapa, dará o total de indicadores da atividade. Esta somatória é que determinará a decisão, a qual deve ser baseada em referências anteriores e em indicadores. A diferença entre indicadores e informação é que os indicadores pressupõem um determinado padrão e a informação não.

Houve apresentação dos exercícios de elaboração de fluxogramas desta etapa, sendo que o grupo identificou formas de melhorar o processo de compras e de solicitação de adiantamento para viagem da U.F. Abastecimento e U.F Administração Financeira, com as seguintes readequações: uso de protocolo eletrônico, exclusão da necessidade de protocolar o processo em 2 etapas economizando tempo, buscar o envolvimento da Unidade de Pessoas.

Nas 2 horas seguintes, a abordagem foi direcionada para definições de indicadores hospitalares, mostrando-se aqueles já utilizados pelo Hospital.

A equipe citou que segundo os autores Oliveira, Formoso e Lantelme, 1995, Indicador é tudo aquilo que se quer medir, ou seja, é a representação quantificada de uma informação. Mede-se para *obter informações, saber o que está ocorrendo, produzir relatórios, saber como está o desempenho apoiar e aumentar as ações de melhoria*. Gerenciar é controlar e agir corretamente. Sem controle não há gerenciamento, e sem medição não há controle.

Os indicadores podem ser dos seguintes tipos: Números absolutos (frequência), Índices, Proporções, Coeficientes.

Os Índices são razão de determinados valores. Por exemplo: número de exames, número de internações, Intervalo de substituição de leitos.

O indicador de proporção é a relação percentual entre dois valores, como por exemplo, taxa de ocupação ou taxa de cesarianas.

O Indicador de Coeficiente é a razão entre o número de vezes em que foi observado e o número máximo de vezes em que poderia ter sido observado. Por exemplo, coeficiente de mortalidade infantil ou coeficiente de funcionárias em idade fértil.

Para ser considerado um bom indicador, são necessários alguns requisitos como:

- Estabilidade (permanente e constante ao longo do tempo);
- Baixo custo de obtenção (obtidos em relatórios rotineiros);
- Seletividade ou especificidade (capta eventos bem definidos comuns a todos os serviços);
- Simplicidade;
- De fácil entendimento;
- Objetividade;
- Sensibilidade (captar pequenas flutuações / variações);
- Fidedignidade;
- Testados no campo;
- Disponíveis a tempo;
- Rastreabilidade;
- Gerenciabilidade – conhecimento e controle das principais variáveis;
- Cobertura – capta eventos de relativa frequência.

Há que se tomar algumas precauções na escolha dos indicadores, para se evitar problemas relacionados a:

Fidedignidade : o indicador deve ser correto, sem distorções, e merecedor de crédito.

Comparabilidade: é necessário conhecer os conceitos e forma de coleta das diferentes fontes de dados para estabelecer sua precisão, por exemplo, número de atendimentos.

Treinamento: quem capta deve estar treinado;

Outros problemas, tais como: cultura organizacional, números pequenos de eventos, erros frequentes, coleta de dados, ou utilização errada das fórmulas.

Como subsídio teórico, foram fornecidas as nomenclaturas hospitalares a seguir, e algumas fórmulas para cálculo de indicadores hospitalares:

Internação: É a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.

Leito Hospitalar: É a cama destinada à internação de um paciente no hospital.

O Indicador de Coeficiente é a razão entre o número de vezes em que foi observado e o número máximo de vezes em que poderia ter sido observado. Por exemplo, coeficiente de mortalidade infantil ou coeficiente de funcionárias em idade fértil.

Para ser considerado um bom indicador, são necessários alguns requisitos como:

- Estabilidade (permanente e constante ao longo do tempo);
- Baixo custo de obtenção (obtidos em relatórios rotineiros);
- Seletividade ou especificidade (capta eventos bem definidos comuns a todos os serviços);
- Simplicidade;
- De fácil entendimento;
- Objetividade;
- Sensibilidade (captar pequenas flutuações / variações);
- Fidedignidade;
- Testados no campo;
- Disponíveis a tempo;
- Rastreabilidade;
- Gerenciabilidade – conhecimento e controle das principais variáveis;
- Cobertura – capta eventos de relativa frequência.

Há que se tomar algumas precauções na escolha dos indicadores, para se evitar problemas relacionados a:

Fidedignidade : o indicador deve ser correto, sem distorções, e merecedor de crédito.

Comparabilidade: é necessário conhecer os conceitos e forma de coleta das diferentes fontes de dados para estabelecer sua precisão, por exemplo, número de atendimentos.

Treinamento: quem capta deve estar treinado;

Outros problemas, tais como: cultura organizacional, números pequenos de eventos, erros frequentes, coleta de dados, ou utilização errada das fórmulas.

Como subsídio teórico, foram fornecidas as nomenclaturas hospitalares a seguir, e algumas fórmulas para cálculo de indicadores hospitalares:

Internação: É a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.

Leito Hospitalar: É a cama destinada à internação de um paciente no hospital.

ocorrido enquanto o paciente esteve internado, mesmo que seja por período inferior a 48 horas.

Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar: É a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos, em pacientes internados durante um determinado período, e o número de pacientes saídos (alta e óbito), no mesmo período.

Taxa de Cesárias: É a relação percentual entre o número de cesárias, ocorridas durante determinado período, no hospital, e o número de partos no mesmo período.

Taxa de Infecção Hospitalar: É a relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente, durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes saídos (altas e óbitos), no mesmo período.

Média de Permanência: É a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período, e o total de pacientes saídos (altas, óbitos). Corresponde ao número médio de pacientes-dia, serviço prestado individualmente a cada paciente, num determinado período de tempo.

Taxa de Ocupação Hospitalar: É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período.

Índice de Intervalo de Substituição: Assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Esta medida relaciona o % de ocupação com a média de permanência.

Índice de Renovação ou de Giro de Rotatividade: É a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Indica o número de pacientes que podem ocupar um leito durante um determinado período.

Nas últimas 6 horas da capacitação gerencial, foram distribuídos e apresentados alguns indicadores gerais do hospital, os quais foram discutidos por toda a equipe. Na

realização dos exercícios foram utilizados exemplos verídicos de alguns serviços assistenciais do próprio hospital. Houve apresentação e discussão dos resultados encontrados. Na sequência, foram formadas equipes por Unidade Funcional, para que selecionassem ou construíssem seus próprios indicadores.

1.5.2 - Fase 2: Apresentação no Conselho Gestor

Na segunda etapa, após o período de uma semana, os gerentes apresentaram as seguintes propostas iniciais de indicadores para suas unidades na reunião do Conselho Gestor:

Indicadores da Unidade Funcional Centro Cirúrgico:

- ◆ Taxa de Cirurgias canceladas, por causa;
- ◆ Tempo de permanência do paciente na sala de Recuperação pós-anestésica;
- ◆ Porcentagem de anestésias realizadas pelos profissionais contratados através da Cooperativa dos Anestesiologistas;
- ◆ Comparativo entre o horário agendado para as cirurgias e o horário efetivamente realizado, por disciplina;
- ◆ Índice de substituição ou adequação de materiais através de Kits cirúrgicos;
- ◆ Taxa de ocupação de sala cirúrgica;
- ◆ Tempo de processamento do material pela Central de Materiais Esterilizados;
- ◆ Custo do processamento dos materiais pela Central de Materiais Esterilizados;
- ◆ Taxa de reprocessamento de materiais pela Central de Materiais Esterilizados;
- ◆ Tempo de manutenção das autoclaves;
- ◆ Taxa mensal de absenteísmo da equipe.

Indicadores da Unidade Funcional de Abastecimento:

- ◆ Tempo de trâmite do processo de compra em todas as modalidades por unidade
- ◆ Número de pedidos de material “urgentes” no almoxarifado;
- ◆ Tempo médio de teste de novos materiais;
- ◆ Índice de reclamações de produtos por unidade;
- ◆ Construção da Curva ABC com avaliação do índice de criticidade;
- ◆ Índice de troca pelo fornecedor de marca de produtos adquiridos;

- ◆ Número de processos de compra emergenciais, pois estes geram fracionamento de compras, o que não é recomendado pela Consultoria e Procuradoria Jurídica da UFPR.

Indicadores da Unidade Funcional de Farmácia Hospitalar:

- ◆ Índice de medicamentos rejeitados pelo Controle de Qualidade, ocasionando solicitação de troca;
- ◆ Porcentagem de prescrições médicas noturnas não retiradas, por clínica;
- ◆ Comparativo entre a frequência de não conformidades da folha de devolução de medicamentos, e a quantidade de medicamentos realmente devolvidos;
- ◆ Comparação entre o consumo de medicamentos por unidade de internação e o custo total destas unidades;
- ◆ Custo total de medicamentos por mês;
- ◆ Comparação entre o custo de quimioterápicos e o faturamento dos procedimentos de alto custo pelas APACs;
- ◆ Custo total de medicamentos ressarcidos e o total faturado;
- ◆ Frequência do uso de antibiótico e outros medicamentos de alto custo. Atualmente em torno de 10 pacientes fazem uso de medicamentos de alto custo diariamente;
- ◆ Gasto com antibioticoprofilaxia em cirurgias limpas;
- ◆ Índice de uso de soluções parenterais de grande volume por paciente por dia por unidade;
- ◆ Comparação entre o custo por consumo de medicamentos no pronto atendimento e o faturamento do pronto atendimento;
- ◆ Comparação entre o custo por consumo de medicamentos nos ambulatórios e o faturamento dos ambulatórios;
- ◆ Frequência de reposição da caixa de emergência por unidade;
- ◆ Taxa de absenteísmo;
- ◆ Índice de horas extras/mês;
- ◆ Frequência de deslocamento da auxiliar de farmácia às unidades de internação para entrega de medicamentos, e duração destes deslocamentos;
- ◆ Quantidade de orientações por telefone, por assunto.

Indicadores da Coordenação das Unidades de Internação:

- ◆ Taxa de ocupação dos leitos;
- ◆ Média de permanência dos pacientes internados;
- ◆ Índice de giro dos leitos;
- ◆ Índice de substituição dos leitos;
- ◆ Acompanhamento do faturamento e receita efetiva por clínica e por AIH (autorização de internação hospitalar).

1.5.3 - Fase 3 : Consolidação do tema Indicadores junto à consultoria externa

Na terceira etapa, 3 semanas após a primeira, houve nova apresentação e discussão do tema indicadores pelas consultoras da Universidade Federal de Minas Gerais, as quais dão suporte à implantação desse novo modelo de gestão.

Basicamente, enfocaram que na Epidemiologia os indicadores subsidiam um projeto de saúde para uma população de referência. Neste novo modelo de gestão, os indicadores permitem avaliar o desempenho do Hospital Universitário na saúde, e no ensino e estabelecer um processo de avaliação de desempenho de cada Unidade Funcional. Os indicadores buscam resgatar a missão do hospital.

São métodos de avaliação de serviços de saúde:

1. Segundo Donabedian, antes de se pensar em avaliar a qualidade da assistência, tanto em termos gerais como em situações específicas, é necessário que haja um acordo sobre como esta qualidade é definida e quais os elementos que a constituem. A qualidade assistencial é um conceito complexo e amplo, cujos componentes podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais:

Eficácia: consiste em alcançar os melhores resultados possíveis com as ações produzidas.

Efetividade: consiste em alcançar os efeitos esperados nas condições reais.

Eficiência: é a habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo. Consiste em utilizar os recursos da melhor forma possível, sem desperdícios.

Estrutura: são as características estáveis dos prestadores, aquelas do contexto físico e organizacional, isto é, as ferramentas e recursos disponíveis.

Processo: são as características do funcionamento do sistema em termos de prestador e usuário.

Resultado: é o impacto pela ação do serviço prestado.

2. Avaliação participativa: É obtida pela avaliação de satisfação do usuário, através de pesquisas tipo call center, ouvidoria, caixa de sugestões.
3. Análise de sistema e satisfação do usuário.

Os indicadores de qualidade da assistência tem sido usados em vários países do mundo e muitos são baseados nos eventos adversos, que são ocorrências de um fenômeno não desejável, evitável ou não. Por exemplo, mortes, infecção hospitalar, escara, suspensão de procedimentos.

Além das já citadas anteriormente, também são características desejáveis de um bom indicador: validade, isto é, sensibilidade e especificidade; poder discriminatório, diferenciando uma situação boa de uma ruim; Comparabilidade numa mesma unidade em momentos históricos diferentes, ou em unidades funcionais diferentes; disponibilidade para o público, isto é, publicização e transparência.

Foram citados ainda pelas consultoras os seguintes exemplos de indicadores gerais:

Taxa de absenteísmo, relação faturamento /custo, o qual demonstra a viabilidade e sobrevivência da instituição, satisfação do usuário interno, satisfação do usuário externo de ambulatório e de internação, taxa de ocupação, média de permanência, produção de consultas, taxa de cancelamento de cirurgias.

Esta explanação reforçou junto aos gerentes, a necessidade de cada um reavaliar sua lista de indicadores.

O material produzido será discutido no espaço do colegiado interno de cada unidade funcional, de onde sairá a definição final do rol de indicadores pelos quais a unidade será avaliada no cumprimento de suas metas no contrato de gestão.

II - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Indicadores

Indicadores devem evidenciar padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema. Fornecem uma base quantitativa para profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços, fontes pagadoras e planejadores, com o objetivo de atingir melhoria da assistência e dos processos relacionados à assistência

Os indicadores podem ser usados para : documentação da qualidade da assistência, comparação entre instituições e dentro de uma mesma ao longo do tempo, avaliação, estabelecimento de prioridades, demonstração da confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade, melhoria contínua da qualidade

Para Laurenti e colaboradores, há pré-requisitos a observar na construção e seleção de indicadores:

- ◆ Existência e disponibilidade de dados;
- ◆ Definições e procedimentos empregados para construir esses indicadores devem ser conhecidos, de modo a possibilitar comparação entre localidades ou organizações diferentes, ou na mesma, em períodos distintos;
- ◆ Construção fácil, interpretação simples;
- ◆ Poder discriminatório, possibilitando comparações.

Além dos aspectos conceituais, achamos necessário levantar os indicadores hospitalares citados pela literatura, bem como aqueles adotados por alguns hospitais no país.

BITTAR, 2001, define como meio interno nas instituições de saúde, aquele caracterizado pelas estruturas de recursos, distribuídos em áreas e subáreas, de infraestrutura, ambulatório, emergência, diagnóstico e terapêutica e internação. São indicadores de meio interno: Capacidade planejada (leitos e camas); capacidade operacional (leitos e camas); capacidade ociosa; número de consultórios; número de salas cirúrgicas; consultas/consultório/dia; cirurgias/sala cirúrgica/dia; exames/equipamento/dia; Kg de roupa lavada/máquina/dia.

Indicadores de produção são impactantes tanto para benchmarking quanto na perspectiva dos negócios internos: Número de atendimentos; número de internações; lista de espera e tempo de espera; pacientes-dias; taxa de ocupação hospitalar, taxa de necropsia,

número de cirurgias e partos, dentre outros. Os indicadores de produtividade também são imprescindíveis: índice de produção por funcionário da área; índice de renovação ou giro de rotatividade; índice de intervalo de substituição; média de permanência e funcionários/leito.

Quanto à perspectiva financeira, pode-se trabalhar com indicadores econômico-financeiros e indicadores de economia da saúde. São indicadores econômico-financeiros de liquidez: índice de liquidez imediata; índice de liquidez corrente; índice de liquidez seco e índice de liquidez global. Os indicadores de atividade são: período médio de cobrança; prazo médio de pagamento; posição relativa; rotação de estoques e período médio de estocagem. Os indicadores de rentabilidade são; margem operacional; giro do ativo; retorno sobre o total do ativo ou investimento e retorno sobre o patrimônio líquido. O indicador de alavancagem é o próprio grau de alavancagem e o indicador de viabilidade econômica, o índice de viabilidade. Outros indicadores econômico-financeiros são o ponto de equilíbrio, balanço/balancetes, orçamento e a contabilidade de custos.

Os indicadores de economia da saúde são: análise de minimização de custos; análise custo-efetividade; análise de custo-benefício; análise de custo-utilidade; qaly, índice de eficácia; índice de efetividade; índice de eficiência; eficiência clínica; eficiência na produção; eficiência na distribuição.

Os indicadores hospitalares de qualidade podem ser utilizados para avaliação interna da qualidade resultante dos processos: taxa bruta de infecção; taxa de cesáreas, taxa de cirurgias desnecessárias, taxa de complicações ou intercorrências, taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica respiratória, urinária); taxa de mortalidade geral hospitalar; taxa de mortalidade institucional; taxa de mortalidade materna hospitalar; taxa de mortalidade operatória; taxa de mortalidade pós-operatória; taxa de mortalidade por anestesia; taxa de mortalidade transoperatória; taxa de remoção de tecidos normais.

Conhecer a imagem institucional perante o público interno e externo também tem um impacto positivo. Os indicadores de imagem são medidos através dos resultados de pesquisas sobre: satisfação do paciente; satisfação do fornecedor; satisfação do visitante; satisfação do acompanhante; satisfação do funcionário; satisfação do corpo clínico; imagem perante o público; inserções na mídia e balanço social.

Os indicadores relativos a recursos humanos: taxa de absenteísmo; índice de rotatividade; número de cursos/treinamentos realizados; horas de treinamento/funcionário/ano; orçamento para treinamento; satisfação do funcionário; idade média dos funcionários; anos de escolaridade dos funcionários; facilidade para lidar com a tecnologia existente; facilidade para lidar com a tecnologia emergente; número e categoria profissional pelas diversas sub-áreas; salários/benefícios; capacidade de inovação e planejamento para novos desafios.

2.2 – Benchmarking

O hospital de Clínicas de Porto Alegre em seu relatório referente ao exercício de 2002, registra que possui um projeto de Gestão da Qualidade Assistencial, que está sendo conduzida por um grupo de trabalho indicado pela administração central do HCPA e não se caracteriza como sendo uma comissão. A finalidade principal deste grupo de trabalho é a de definir, implantar, acompanhar e avaliar o desempenho dos indicadores de qualidade assistencial, comunicando as mudanças significativas.

Este grupo de trabalho estipulou como meta disponibilizar os indicadores assistenciais em meios eletrônicos interativos de forma a permitir consultas por demanda. Sendo assim, construiu banco de dados gerencial contendo as informações assistenciais relevantes para a elaboração de indicadores de qualidade. Para revisar os dados a serem selecionados como componente de cada indicador, foi realizada a análise do processo do fluxo da informação referente a atendimentos ambulatoriais, internações, realização de exames, cirurgias e partos, além da seleção dos dados e definição dos filtros a serem considerados com base nas condições que elegem o dado para compor o numerador e denominador de cada indicador.

O grupo considerou que seria necessário redefinir os conceitos e escopo das atividades assistenciais, para tanto, iniciou pela definição de termos como: exames complementares, procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, sessões terapêuticas, cirurgias, partos, procedimentos anestésicos e procedimentos de enfermagem. Construiu um glossário de termos contendo descrição e exemplos de cada variável envolvida no contexto do Sistema de Informações Gerenciais.

Outra meta estipulada foi a estratificação dos indicadores assistenciais institucionais pelos diferentes níveis setoriais. Foi realizada a revisão do conteúdo das tabelas institucionais: especialidades, unidades funcionais, procedimentos cirúrgicos, clínica, equipe, serviços assistenciais.

Para compartilhar os indicadores de qualidade assistenciais visando promover as ações de melhorias através das comissões e chefias de serviço assistenciais, foi realizado treinamento dos coordenadores de comissões assistenciais e de chefes de serviço no uso da ferramenta de disponibilização dos indicadores.

Objetivando manter a participação no Sistema de Informações Padronizadas de Gestão Hospitalar, buscando o aperfeiçoamento do sistema na padronização das fórmulas utilizadas, foi obtida junto aos participantes do referido Sistema, aprovação de proposta de auditoria dos métodos internos de coleta dos indicadores.

Para apoiar as gerências administrativas na definição de indicadores setoriais, foram desenvolvidos os indicadores setoriais da área administrativa com reflexo nas áreas assistenciais.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é uma instituição de direito privado, filantrópica, de ensino e assistência social. Possui 1175 leitos oriundo das seis unidades hospitalares que compõem o complexo hospitalar.

Semelhante ao modelo em implantação no Hospital de Clínicas da UFPR, a estrutura orgânica e funcional da Santa Casa está composta por 180 Unidades Gerenciais Básicas - UGBs, que se constituem como a menor unidade funcional da instituição. As UGBs, por sua vez, se agregam por afinidade funcional ou hierárquica em 23 Unidades Gerenciais Agregadas- UGAs, que se constituem em um nível intermediário entre o funcional e o corporativo. Possui 5.021 funcionários, com 73% dos atendimentos voltados ao SUS.

Citaremos a seguir alguns indicadores utilizados pela Santa Casa:

- ♦ Indicadores Econômico-financeiros: evolução de receitas, custos e resultados por natureza e segmento, liquidez, endividamento, imobilizações, margens de resultado, retorno do capital, prazos médios de recebimento, prazos médios de pagamento, idade média dos estoques, margens de contribuição dos itens de custo/receita, curva ABC de materiais, valor médio da conta hospitalar, dentre outros.

- ◆ Indicadores de Desempenho Hospitalar: Taxa de ocupação de leitos hospitalares, média de permanência dos pacientes hospitalizados, índice de rotação de leitos, índice de partos normais/cesáreas, taxa de ocupação/utilização de salas cirúrgicas, índice de funcionários/leito hospitalar, índices setorializados de infecção hospitalar, taxas de mortalidade, índice de suspensão de cirurgias, etc.
- ◆ Indicadores de Produção e Capacidade Instalada: Número de consultórios, consultas ambulatoriais, leitos hospitalares existentes, internações hospitalares, salas cirúrgicas, procedimentos cirúrgicos e obstétricos, exames complementares, refeições produzidas e fornecidas, quilos de roupas processadas, m² de obras realizadas, requisições de serviços e materiais, etc.
- ◆ Indicadores de Recursos Humanos: Taxas de rotatividade, desligamentos, absenteísmo, horas de treinamento por funcionário, grau de satisfação, salário médio, etc.
- ◆ Indicadores de Satisfação dos Clientes: Grau de avaliação dos serviços, obtido através das pesquisas junto aos pacientes e acompanhantes, convênios e médicos, índice de utilização/indicação dos serviços da Santa Casa por segmentos, grau de satisfação, taxa de retorno, etc.
- ◆ Indicadores de Fornecedores e Parceiros: Índice de ordens de compra atendidas no prazo, índice de ordens de compra atendidas corretamente, índice de rejeição de entregas, comparativos de preços de compra x mercado, custo médio de material por paciente, número de contratos de parceria (em comodato), número de eventos científicos patrocinados por fornecedores, índice de cumprimento de visitas e avaliação técnica de equipamentos (manutenção biomédica, radiológica, de telefonia, etc.) número de pesquisas científicas financiadas por fornecedores, custos reduzidos de cursos x custos normais de mercado (FUNDATEC), etc.
- ◆ Indicadores de Mercado (estudo mercadológico constante do Plano Anual de Marketing): margem de resultado por convênio, número de internações por médico, número de consultas por convênio, número de serviços existentes no mercado, taxa de participação no mercado, da Santa Casa e dos principais concorrentes, etc.

III - ANÁLISE DA TRAJETÓRIA TRAÇADA:

Na nossa vida diária estamos acostumados a utilizar proporções como instrumentos de análise. Em termos hospitalares, os indicadores de percentual de ocupação, taxa de mortalidade, taxa de infecção, número de funcionários por leito, quilos de roupa lavada por dia, são proporções bem conhecidas. Sendo uma proporção apenas um número dividido por outro, quaisquer dois números que podem ser comparados produzem uma proporção. A grande vantagem do uso de proporções é que os valores absolutos dos eventos podem-se alterar, mas a proporção permaneceria igual desde que os dois números sofressem as mesmas alterações. Sendo assim, as proporções podem ser analisadas no decorrer do tempo sem serem influenciadas por eventos econômicos alheios ao controle do hospital.

Se houvesse a implementação da contabilidade de custos no hospital, poderia-se aumentar o número de indicadores utilizáveis no Hospital de Clínicas, incluindo dados de custos.

Neste caso, a literatura identifica três grandes categorias: proporções gerais, proporções para monitoramento e controle e proporções para tomada de decisão. Porém, as classes não são bem distintas e alguns indicadores poderiam ser classificados em mais de uma categoria.

O número de indicadores utilizados por uma instituição não deve ser definitivo, nem compreensivo. Todo tipo de indicador pode ser criado dependendo da necessidade de informação e da situação existente.

A proporção de custos fixos nos custos totais e a proporção correspondente de custos variáveis nos custos totais oferecem bons indicadores gerais para o gerente hospitalar. Esses indicadores podem ser melhor divididos, à medida que o sistema de contabilidade de custos vai-se aprimorando, separando os custos em controláveis e não controláveis, bem como em custos diretos e indiretos. Sabe-se que em termos gerais, os custos fixos são bem mais difíceis de controlar a curto prazo, e representam um dos elementos importantes no desenvolvimento da eficiência de cada unidade funcional e por consequência, do hospital como um todo.

Outro indicador de custos importante para todos os gerentes é a proporção dos custos totais que estão relacionados com salários, sendo que no caso em questão a separação entre o pessoal do quadro da universidade, cujos salários são pagos pela União, e

pessoal do quadro da FUNPAR que são pagos com a receita dos serviços prestados ao SUS pelo hospital.

Seria muito interessante também se cada gerente acompanhasse a proporção dos custos totais em relação à receita total. Isso daria uma visão rápida da sanidade financeira da organização.

Nos indicadores das unidades assistenciais não há priorização com os aspectos econômico-financeiros, pois não foi incluído nenhum indicador desta categoria.

Em relação à metodologia utilizada para subsidiar os gerentes, consideramos apropriada, sendo desenvolvida em bom nível de compreensão. Houve equilíbrio entre o aporte teórico e prático. O intervalo entre as três fases da capacitação foi importante para conectar os aspectos conceituais e a construção propriamente dita dos indicadores. Talvez fosse interessante consolidar os indicadores construídos pelos gerentes, publicizando a produção de todos.

Para uma análise mais detalhada, escolheu-se os indicadores construídos por uma das Unidades Funcionais, no caso o Centro Cirúrgico.

Esta Unidade compreende que é importante acompanhar a taxa de cirurgias canceladas, com a informação do motivo da suspensão da cirurgia. Este é um indicador de desempenho da Unidade, na medida em que a suspensão de um procedimento, mantém todos os custos fixos do Centro Cirúrgico e da Unidade onde este cliente está internado, com perda da receita proveniente da cirurgia suspensa. Para o cliente, além dos danos emocionais que são imensuráveis, e estendidos a seus familiares, o adiamento da resolutividade do seu problema, arranha a imagem institucional percebida por ele. Este indicador pode ser facilmente avaliado, pois os dados encontram-se disponíveis no próprio Centro Cirúrgico.

O tempo de permanência do paciente na sala de recuperação pós-anestésica demonstrará a qualidade da anestesia realizada, e das drogas utilizadas para está, pois os efeitos colaterais são sentidos nas primeiras horas após a cirurgia, assim como complicações da própria cirurgia, como hemorragias, por exemplo. Este indicador requer a implantação de coleta de dados sistemática pela equipe da REPAI, uma vez que atualmente não há disponibilidade de dados para mensuração.

O acompanhamento da porcentagem de anestésias realizadas pelos profissionais contratados através da Cooperativa dos Anestesiologistas, já é realizado mensalmente, e referenda a necessidade de manutenção do contrato de terceirização com a COPAN – Cooperativa dos Anestesiologistas do Paraná, pois evidencia claramente que uma mínima parte das anestésias são realizadas pelo pessoal do quadro próprio, seja Funpar ou UFPR.

O comparativo entre o horário agendado para as cirurgias e o horário efetivamente realizado, por disciplina, permitirá planejar o aumento da produtividade da Unidade, subsidiando negociações com os departamentos médicos, quanto distribuição das salas. Os dados podem ser obtidos através dos formulários denominados Aviso de Cirurgia e Saída de Sala. Um dificultador para este indicador é que geralmente as primeiras cirurgias tem o horário definido para início, as demais são agendadas sob o termo “a seguir”, sem um horário estimado para começar. Talvez fosse o caso de rever a elaboração dos mapas cirúrgicos, estipulando horários para início e término dos procedimentos, considerando é claro, que podem ocorrer complicações durante o procedimento, e que as fases de um procedimento cirúrgico não são matemáticas, principalmente em hospitais universitários, onde o ensino consome mais tempo. De qualquer forma, é necessário estimar este tempo.

A Unidade, em conjunto com a Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares, vem trabalhando na implantação de kits para cada cirurgia, onde a circulante recebe em bandejas todos os itens necessários para a realização do procedimento, de forma padronizada. Por ser um projeto novo, o acompanhamento do Índice de substituição ou adequação de materiais através de Kits cirúrgicos é necessário para avaliar e readequar estes materiais. O sucesso deste projeto impacta diretamente na redução dos custos dos procedimentos cirúrgicos. Para viabilizar este indicador é necessário que a equipe do Serviço de Provento e Distribuição registre todos os complementos realizados, assim como dos itens devolvidos pela circulante de sala.

A taxa de ocupação de sala cirúrgica também é um indicador de desempenho, e demonstra o nível de ociosidade das salas, fornecendo subsídios para projeção do nível máximo de ocupação e produção pelo serviço. Junto a este, sugere-se outro indicador relacionado à capacidade instalada, que é o número de salas em funcionamento diariamente. O centro cirúrgico possui 14 salas, sendo que somente 11 estão em uso. Há falta de recursos humanos e também equipamentos para abrir estas 3 salas. Além disso,

esporadicamente uma ou outra sala fica ociosa por equipamento danificado ou absenteísmo da equipe. Nos finais de semana e noturno, há ociosidade com realização somente de procedimentos de emergência. Os dados relativos a este indicador hoje não são registrados, porém não há nenhum inconveniente na obtenção dos mesmos.

O Centro Cirúrgico possui um serviço de Central de Materiais Esterilizados, responsável pelo processamento de cerca de 70% dos materiais do hospital. A preocupação com o tempo de processamento do material pela Central de Materiais Esterilizados, está relacionado à produtividade do setor. É relativamente difícil mensurar este tempo, devido à diversidade de materiais processados. Talvez fosse mais conveniente quantificar por tipo, os materiais diariamente manipulados pela Central.

O custo do processamento dos materiais pela Central de Materiais Esterilizados, é um indicador econômico-financeiro importante, que inclusive, poderá colaborar com estudos de custo-benefício para substituição de materiais reprocessados por outros de uso único ou descartáveis. Este indicador implica em preparo da gerência e da chefia do serviço direcionado a custos, assim como envolve grande parceria com o serviço de Planejamento do Hospital de Clínicas. Apesar de complexo, é de vital importância para a gestão da Unidade Funcional.

A taxa de reprocessamento de materiais pela Central de Materiais Esterilizados demonstrará tanto o retrabalho existente, quanto o desperdício por falta de planejamento das Unidades de Internação e do próprio Centro Cirúrgico. O desperdício ocorre tanto pelo custo de esterilização, quanto pelo desgaste dos materiais quando submetidos a sucessivos processamentos. Estes dados não estão disponíveis, e carece de sistematização para obtê-los.

As autoclaves são equipamentos destinados a esterilizar materiais através de calor úmido, sob pressão. As existentes no Hospital de Clínicas são antigas e não possuem manutenção preventiva. O tempo de manutenção das autoclaves mensurará o lapso temporal em que as mesmas permanecerão fora de uso. Quando longo, este tempo de setup ocasiona vários complicadores, tais como: sobrecarga das outras máquinas, atraso e até suspensões das cirurgias, stress para a equipe, busca de parceria externa (esterilização em outros hospitais) para garantir a continuidade das atividades. É um indicador relacionado à

qualidade da capacidade instalada, e no momento não há dados disponíveis para esta mensuração.

A taxa mensal de absenteísmo da equipe é um indicador de recursos humanos, que nesta situação específica se presume elevada, pelo viés de ser uma organização pública, em que não existem mecanismos legais para coibi-la. O absenteísmo interfere diretamente na produtividade e nos demais indicadores, uma vez que o hospital caracteriza-se por prestar serviços, e para cumprir sua missão depende diretamente das pessoas que ali trabalham. Este indicador já é mensurado mensalmente.

Acredita-se que todos os indicadores selecionados pela gerência do Centro Cirúrgico são adequados e viáveis. Como sugestão, recomenda-se a inclusão de pelo menos um indicador de satisfação do cliente, que no caso em questão seria a equipe médica que utiliza o serviço de forma condominial, ou seja, faz uso das instalações, equipamentos e recursos humanos do Centro Cirúrgico e ali permanece somente o tempo necessário para realização de seu procedimento. Este índice de satisfação do cliente poderia ser obtido através de uma pesquisa de satisfação, onde se levantaria o grau de satisfação da equipe médica.

IV - RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO

Validação dos indicadores construídos e a definição do conjunto de dados e informações que deverão ser obtidos a partir do sistema de informações do hospital. Esta validação pressupõe a definição de metodologia confiável para a coleta dos dados e seu tratamento.

Avaliação do impacto na qualidade da assistência e gerenciamento do hospital, pois é necessário medir se houve impacto significativo, e se a assistência atingiu os níveis desejáveis de qualidade esperados para o porte de um hospital universitário.

Definição de indicadores assistenciais pelas próximas Unidades Funcionais que serão implantadas.

Definir os indicadores das Diretorias a partir dos indicadores das Unidades Funcionais. Normalmente, este processo é inverso. Primeiro a diretoria define os indicadores gerais da instituição e depois o nível de gerência define suas metas e indicadores. No caso em questão, como já existem tradicionalmente alguns indicadores gerais no hospital, poderia haver simplesmente a revisão destes pela diretoria.

Criar um Manual de Indicadores do Hospital de Clínicas da UFPR, para documentar o conjunto de indicadores, de acordo com as normas prescritas pela Organização Mundial da Saúde, que prevê que cada indicador tenha claramente definido seus objetivos, os dados que o geram (desde sua coleta até o processamento), os cálculos previstos, o padrão aceitável para seus resultados, as estratificações possíveis, dentre outros. (KLÜCK, 2002).

Definir indicadores sentinelas, que poderiam ser valores médios aceitáveis de ocorrência de determinados eventos, e acompanhar suas variações.

Balizar trimestralmente os resultados obtidos pelo hospital com os indicadores de qualidade publicados ou disponibilizados pelo PROAHSA.

Estipular metas para melhoria dos indicadores de custos e assistenciais, a cada trimestre.

Realizar semestralmente workshop envolvendo a diretoria e gerentes, com o objetivo de analisar a evolução dos indicadores hospitalares e implementar melhorias na gestão dos processos.

Analisar sistematicamente os relatórios de custos das unidades funcionais. Cada gerente de unidade funcional recebe mensalmente relatórios do serviço de planejamento,

porém não são realizados discussões de avaliação com seus superiores sobre estas informações.

Fazer uso dos indicadores como ferramentas que auxiliam no processo de tomada de decisão.

Realizar acompanhamento conjunto dos indicadores entre a equipe de implantação do Programa de Acreditação Hospitalar e os gerentes das Unidades Funcionais.

Incluir indicadores econômico-financeiros para avaliação de desempenho das Unidades Funcionais Assistenciais.

V- CONCLUSÃO

A construção de indicadores, a partir de uma definição prévia, pressupõe a confiabilidade no registro do dado em sua origem, na seleção e filtros a serem considerados na composição do numerador e denominador, bem como na qualificação dos conteúdos da tabela institucional. Há, portanto ainda, um longo caminho a seguir até que todos os indicadores construídos pelas unidades funcionais sejam validados.

Por outro lado, este caminho iniciado não tem volta, isto é, os indicadores são indubitavelmente, a ferramenta que qualificará o processo decisório no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, oferecendo meios aos gerentes para que possam acessar, processar e analisar dinamicamente, através de interface única, os dados relevantes da instituição.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSESSORIA DE MARKETING DO HOSPITAL DE CLÍNICAS. Hospital de Clínicas da UFPR, Trajetória, Atuação e Números.** Curitiba, mai, 2003.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar.** São Paulo: Atheneu, 2002.
- BITTAR, Olimpio J. N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** RAS, v. 3, n.12-jul-set,2001.
- BITTAR, Olimpio J. N.V. Hospital Qualidade e Produtividade.** São Paulo: Sarvier, 1997.
- CAMPOS, Vicente Falconi. Controle da Qualidade Total (no estilo japonês).** Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992.
- COUTO, Renato C. e Pedrosa, Tania M. G. Hospital Gestão Operacional e Sistemas de Garantia de Qualidade.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality.** Arch Pathol Lab Med 114:1115-1118, 1990.
- FALK, James Anthony. Gestão de Custos para Hospitais: conceitos, metodologias e aplicações.** São Paulo: Editora Atlas, 2001.
- FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE . Caso para estudo “Hospital Taquaral”.** Campinas: FPNQ, 2000.
- KLÜCK, M. G, J.R, FERREIRA, J, PROMPT, C.R. A gestão da Qualidade Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Implementação e validação de Indicadores.** Rev. de Administração em Saúde, v.4, n.16, p.27, São Paulo, jul-set, 2002.

MAIA, Tamara L. Sistema de Avaliação de desempenho em unidade hospitalares – uma aplicação no Serviço de Transplante de Medula Óssea-HC-UFPR. Dissertação de Mestrado UFSC. Florianópolis, 2000.

MATTAR, Faúse N. Pesquisa de Marketing: Metodologia, Planejamento. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1997

MINOTTO, Ricardo. A estratégia em Organizações Hospitalares. Porto Alegre: Edipucrs, 2002.

PROAHSA. Boletim de Indicadores do PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, n.26, São Paulo, abr-jun, 2002.

TIRONI, Luis F. Indicadores da Qualidade e Produtividade: Conceitos e usos. Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade. Xerox.